



461080
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414	3-Data de Emissão da Guia (2)5/11/01/2/1	4-Data de Autorização (1)7/11/01/2/1	5-Sema AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8228876	7-Data Validade da Sema (2)5/11/01/2/1
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira (0)020202534228300000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JEFERSON DE CARVALHO FERREIRA		14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano JEFERSON DE CARVALHO FERREIRA		
16-Data de Nascimento 23/12/1977					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atribuição a RIN N	17-Nome do Profissional Solicitante CAMILA SOARES DO SACRAMENTO E SILVA	18-Número no CRO 13156	19-UF DF	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF (0)2813082171	22-Nome do Contratado Executante CAMILA SOARES DO SACRAMENTO E SILVA	23-Número no CRO 13156	24-UF DF	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 85100200
26-Nome do Profissional Executante CAMILA SOARES DO SACRAMENTO E SILVA	27-Número no CRO 13156	28-UF DF	29-Código CBO S		

30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	31-Descrição	32-Dentista/Proteção	33-Face	34-Quantidade US	35-Valor	36-Franquia/Co-participação R\$	37-Data de Realização	38-Motivo de Cancelamento	39-Assinatura
1-000815110020200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OM	1	88100	000	11/01/21		
2-									
3-									
4-									
5-									
6-									
7-									
8-									
9-									
10-									
11-									
12-									
13-									
14-									
15-									

43-Data Prevista Término do Tratamento (1)7/11/01/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortopedia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US (8)8100	47-Valor Total R\$ (0)000	48-Total Franquia / Co-participação R\$
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
99-Coveragem					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante (1)7/11/01/21					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista (1)7/11/01/21					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável (1)7/11/01/21					
53-Data, local e Assinatura do Emissor (1)7/11/01/21					

Dra. Camila Soares
Cirurgiã Dentista
CRO-DF 13156

Dra. Camila Soares
Cirurgiã Dentista
CRO-DF 13156